



AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE LOS REGISTROS EDUCACIONALES DEL ESTUDIANTE  
A PROVEEDORES DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Por la presente, solicito y autorizo que las Escuelas del Condado de Guilford entreguen los siguientes registros y/o información a los proveedores de atención de la salud/salud mental listados más abajo y renuncio a cualquier protección que la Ley de Derechos y Privacidad Educacional de la Familia ("FERPA" por sus siglas en inglés) u otras leyes sobre la confidencialidad relacionadas con la producción de estos registros con el propósito limitado de permitir que sean presentados a los servicios de atención de la salud médica o mental que proveen al Paciente cualquier tipo de atención de la salud ("Proveedor" o "Proveedores"). Estoy autorizado a permitir la entrega según se indica a continuación:

Paciente. Nombre del paciente: \_\_\_\_\_, fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Información autorizada. La información que se puede entregar y/o sobre la que se puede conversar ("Información Autorizada") es:

<input type="checkbox"/> Entrega sin límite	<input type="checkbox"/> Visión, Resultados de prueba	<input type="checkbox"/> Reportes de ADHD
<input type="checkbox"/> Historia de desarrollo social	<input type="checkbox"/> Registros de servicios a niños excepcionales	<input type="checkbox"/> Pruebas del habla/lenguaje
<input type="checkbox"/> Audición/audiológica	<input type="checkbox"/> Registros relacionados con Incidentes Conductuales	
<input type="checkbox"/> Medicamentos actuales	<input type="checkbox"/> Registros Educativos	Otra _____

Entrega sin límite significa cualquiera y toda la información de salud y registros relacionados con el Paciente, incluyendo cualquiera y toda dicha información que se relacione con la condición o salud mental o física del Paciente en el pasado, presente o futuro; la provisión de servicios educacionales al Paciente, e incluyendo dicha información en cualquier forma, **sea impresa en papel, copia electrónica, comunicaciones verbales, u otra.**

Parte que recibe la entrega: Se solicita y autoriza a los Proveedores a entregar y conversar sobre la Información Autorizada con la parte listada más abajo **si y cuando la parte pueda solicitar Información Autorizada por cualquier razón:**

**Proveedores del Paciente:**

También autorizo a los Proveedores y representantes de GCS a conversar sobre el paciente y los registros del paciente por teléfono o en persona y a compartir copias de los registros relevantes según sea apropiado.

Propósito de la entrega. Para cuestiones sobre, o relacionadas o que surjan de actividades escolares del Paciente.

Vencimiento. Esta autorización vence el \_\_\_\_\_ a menos que sea válidamente cancelada antes de dicha fecha.

Cuestiones adicionales. Entiendo que:

- Esta autorización incluye cualquier Información Autorizada que se relacione con una enfermedad o condición comunicable (incluye VIH, SIDA, condiciones relacionadas con el SIDA y enfermedades transmitidas sexualmente), abuso de drogas o alcohol, o enfermedad mental, discapacidad de desarrollo o abuso de sustancias (incluyendo información regida por los Estatutos Generales 130A-134, Estatutos Generales 122C-52, o la Parte 2 de la Sección 42 del Código de Reglamentos Federales).
- La autorización se extiende a la Información Autorizada que el Proveedor obtuvo de otras fuentes.
- Existe el potencial de que la Información Autorizada pueda ser entregada de nuevo por el destinatario y también que deje de estar protegida por la ley, incluyendo las leyes de privacidad federal.
- El proveedor no puede condicionar el tratamiento del Paciente sobre si firma esta autorización y yo puedo rehusar firmar esta autorización.
- La Información Autorizada no incluye "apuntes de psicoterapia" según el término es definido en la HIPAA.
- Puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que un Proveedor ya haya tomado medidas usando esta autorización. Una cancelación debe ser entregada al Proveedor para que entre en vigencia.



Voluntariamente y con conocimiento, ejecuto esta Autorización, con el entendimiento de que tengo toda la autoridad para no ejecutarla si así lo deseo.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante personal del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del representante para representar al paciente